

Formatos para la Certificación de una Comunidad como Promotora de la Salud

ACTA CONSTITUTIVA

Entidad federativa:

Municipio/Delegación:

Jurisdicción Sanitaria:

Localidad:

Unidad de Salud:

No. de CLUES:

En la localidad de: _____, siendo las: _____ hrs. del día _____ de _____ de _____, se reunieron en _____ los vecinos, autoridades del lugar y el C. _____ como representante de los Servicios de Salud, con el objeto de tratar asuntos relacionados con la formación del Comité Local de Salud por lo que una vez que se informa a todos los presentes los propósitos de integrar este Comité en beneficio de la comunidad que representarán, explicando las funciones y el objetivo que es lograr la participación de la gente en actividades de beneficio colectivo que permitan mejorar el nivel de salud de la población.

Los aquí reunidos, vecinos de esta comunidad, declaran estar de acuerdo con las funciones y responsabilidades del Comité Local de Salud que les fueron expuestas, procediéndose después de ello a la elección de sus miembros, entregándoles por escrito sus actividades y las funciones que el comité desarrollará durante el período del _____ de _____ del 20____ al _____ de _____ del 20____, resultando electas las siguientes personas:

Integrantes del Comité Local de Salud

| Cargo en el Comité | Nombre | Firma |
|--------------------|--------|-------|
| Presidente | | |
| Secretario | | |
| Primer vocal | | |
| Segundo vocal | | |
| Tercer vocal | | |

Quienes rindieron protesta de rigor, firmando para constancia en aceptación del cargo la presente acta.

ACTA CONSTITUTIVA

Entidad federativa:

Municipio/Delegación:

Jurisdicción Sanitaria:

Localidad:

Unidad de Salud:

No. de CLUES:

En la localidad de: _____, siendo las: _____ hrs. del día _____ de _____ de _____, se reunieron en _____ los vecinos, autoridades del lugar y el C. _____ como representante de los Servicios de Salud, con el objeto de tratar asuntos relacionados con la formación del Comité Local de Salud por lo que una vez que se informa a todos los presentes los propósitos de integrar este Comité en beneficio de la comunidad que representarán, explicando las funciones y el objetivo que es lograr la participación de la gente en actividades de beneficio colectivo que permitan mejorar el nivel de salud de la población.

Los aquí reunidos, vecinos de esta comunidad, declaran estar de acuerdo con las funciones y responsabilidades del Comité Local de Salud que les fueron expuestas, procediéndose después de ello a la elección de sus miembros, entregándoles por escrito sus actividades y las funciones que el comité desarrollará durante el período del _____ de _____ del 20__ al _____ de _____ del 20__, resultando electas las siguientes personas:

Integrantes del Comité Local de Salud

| Cargo en el Comité | Nombre | Firma |
|--------------------|--------|-------|
| Presidente | | |
| Secretario | | |
| Primer vocal | | |
| Segundo vocal | | |
| Tercer vocal | | |

Quienes rindieron protesta de rigor, firmando para constancia en aceptación del cargo la presente acta.



Lista de participantes a la asamblea para la conformación del Comité Local de Salud

| Datos de identificación | | | |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Estado | Jurisdicción Sanitaria | Municipio | Localidad |
| | | | |
| Clave del estado | No. de la Jurisdicción Sanitaria | Código del Municipio | Clave de la Localidad |
| | | | CLUES |

| No | Nombre | Dirección | Teléfono | Firma |
|----|--------|-----------|----------|-------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |



Lista de participantes a la asamblea para la conformación del Comité Local de Salud

| Datos de identificación | | | |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Estado | Jurisdicción Sanitaria | Municipio | Localidad |
| Clave del estado | No. de la Jurisdicción Sanitaria | Código del Municipio | Clave de la Localidad |
| | | | CLUES |

| No | Nombre | Dirección | Teléfono | Firma |
|----|--------|-----------|----------|-------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

Diagnóstico Local de Salud

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Entidad Federativa: _____ | Nombre del municipio: _____ | Nombre de la localidad: _____ | | | | | | | | | |
| Clave INEGI <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr></table> | | | Código del Municipio: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr></table> | | | | Clave de la Localidad: <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr></table> | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Jurisdicción Sanitaria: _____ | Número de la Jurisdicción Sanitaria: _____ | Grado de marginación INEGI (GRADO_MARG) : _____ | | | | | | | | | |
| Nombre de la unidad de Salud: _____ | Número de CLUES : _____ | Grado de rezago social INEGI (GRA_RE_SOC): _____ | | | | | | | | | |

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|--|-------|-----|------|-------|--|--|--|--|
| Extensión territorial (km ²) _____ | Clima: _____ | Límites geográficos <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Norte</td> <td>Sur</td> <td>Este</td> <td>Oeste</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | Norte | Sur | Este | Oeste | | | | |
| Norte | Sur | Este | Oeste | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS | DATO |
|--|------|
| Población total (POB1) INEGI | |
| Población femenina (POB31) INEGI | |
| Población masculina (POB57) INEGI | |
| Población de 0 a 2 años (POB2) INEGI | |
| Población de 3 a 5 años (POB4) INEGI | |
| Población de 6 a 11 años (POB5) INEGI | |
| Población de 12 a 14 años (POB7) INEGI | |
| Población de 15 a 29 años (POB11) INEGI | |
| Población de 30 a 49 años (POB14) INEGI | |
| Población de 50 a 59 años (POB15) INEGI | |
| Población de 60 años y más (POB23) INEGI | |
| Población femenina de 15 a 49 años (POB42) INEGI | |
| Población masculina de 15 a 64 años (POB68) INEGI | |
| Población en hogares censales indígenas (INDI20) INEGI | |
| Número de nacimientos (JURISDICCIÓN) | |
| Defunciones generales (JURISDICCIÓN) | |

Diagnóstico Local de Salud

| | |
|---|--|
| Defunciones infantiles (JURISDICCIÓN) | |
| Defunciones fetales (JURISDICCIÓN) | |
| Defunciones maternas totales (JURISDICCIÓN) | |
| Homicidios (JURISDICCIÓN) | |
| Defunciones accidentales y violentas (JURISDICCIÓN) | |
| Número de embarazos en adolescentes (JURISDICCIÓN) | |

| 2. ECONOMIA | | | | DATO | | |
|---|-----------------|--|-------------------|------|------------------|--|
| 1. Población económicamente activa (ECO1) INEGI | | | | | | |
| 2. Población desocupada (ECO25) INEGI | | | | | | |
| 3. Población de 12 años y más no económicamente activa que se dedica a los quehaceres del hogar (ECO37) INEGI | | | | | | |
| 4. Ocupación de la población económicamente activa (señale con una x) | Sector primario | | Sector secundario | | Sector terciario | |

| 3. HOGAR Y VIVIENDA | | DATO |
|---|--|------|
| 1. Viviendas particulares habitadas (VIV2) INEGI | | |
| 2. Ocupantes en viviendas particulares (VIV3) INEGI | | |
| 3. Número de habitantes promedio por vivienda = (VIV3)/(VIV2) | | |
| 4. Viviendas particulares habitadas con piso de tierra (VIV6) INEGI | | |
| 5. Viviendas particulares habitadas que disponen de luz eléctrica (VIV14) INEGI | | |
| 6. Viviendas particulares habitadas que disponen de agua entubada en el ámbito de la vivienda (VIV16) INEGI | | |
| 7. Viviendas particulares habitadas que disponen de excusado o sanitario (VIV19) INEGI | | |
| 8. Viviendas particulares habitadas que disponen de drenaje (VIV22) INEGI | | |
| 9. Número de viviendas que cuentan con sistema de recolección de basura (Comunidad) | | |
| 10. Hogares censales con jefatura femenina (HOGAR2) INEGI | | |
| 11. Hogares censales con jefatura masculina (HOGAR3) INEGI | | |

| 4. SALUD | | DATO |
|---|--|------|
| Número de grupos de personas que realizan actividad física o ejercicio en la localidad (JURISDICCIÓN) | | |
| Número de grupos de ayuda mutua (enfermedad crónica) que realizan actividad física o ejercicio en la localidad (JURISDICCIÓN) | | |
| Número de personas con sobrepeso y obesidad (JURISDICCIÓN) | | |
| Número de personas con desnutrición (JURISDICCIÓN) | | |

Diagnóstico Local de Salud

| LAS 5 CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ENFERMEDAD EN: Estos datos los proporcionará el personal de la jurisdicción sanitaria basado en sus estadísticas | | |
|--|---------|---------|
| Lugar | MUJERES | HOMBRES |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| LAS 5 CAUSAS MÁS FRECUENTES DE MUERTE EN: Estos datos los proporcionará el personal de la jurisdicción sanitaria basado en sus estadísticas | | |
| Lugar | MUJERES | HOMBRES |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |

| 5. DERECHOHABIENCIA, PERSONAL DE SALUD E INFRAESTRUCTURA | | | | |
|---|------------------|--------------------|-----------------------------------|-------|
| Descripción: | IMSS (SALUD3) | ISSSTE (SALUD4) | PEMEX, SEDENA, SEMAR (SALUD 6) | TOTAL |
| Población derechohabiente a servicios de salud (SALUD1) (es el total) | | | | |
| Población derechohabiente del Seguro Popular o Seguro Médico para una Nueva Generación (SALUD5) INEGI | | | | |
| Población sin derechohabiente a servicios de salud (SALUD2) INEGI | | | | |
| Número de médicos tradicionales (Comunidad) | | | | |
| Número de parteras tradicionales (Comunidad) | | | | |

| 6. EDUCACIÓN | | DATO |
|---|---------------------|------|
| Número de escuelas nivel básico: | | |
| | Preescolar: INEGI | |
| | Primaria: INEGI | |
| | Secundaria: INEGI | |
| Número de escuelas nivel media superior: | | |
| | Preparatoria: INEGI | |
| Población de 3 a 5 años que asiste a la escuela (EDU1) INEGI | | |
| Población de 6 a 11 años que asiste a la escuela (EDU7) INEGI | | |

Diagnóstico Local de Salud

| | |
|---|--|
| Población de 12 a 14 años que asiste a la escuela (EDU13) INEGI | |
| Población de 15 años y más sin escolaridad (EDU31) INEGI | |
| Población de 18 años y más con al menos un grado aprobado en educación media superior (EDU43) INEGI | |
| Población de 25 años y más con al menos un grado aprobado en educación superior (EDU46) INEGI | |

| 7. ENTORNOS | DATO |
|---|------|
| Número de espacios de recreación (Comunidad) | |
| Número de parques (Comunidad) | |
| Número de instalaciones deportivas (Comunidad) | |
| Número de Plazas, Plazuelas y/o Explanadas (Comunidad) | |
| Número de sitios de trabajo (Comunidad) | |
| Número de mercados (Comunidad) | |
| Número de reservorios naturales (Comunidad) | |
| Número de templos religiosos (Comunidad) | |
| Número de rastros locales (Comunidad) | |
| Número de tiraderos locales (Comunidad) | |
| Número de albergues (Comunidad) | |
| Número de centros de rehabilitación para personas adictas (Comunidad) | |

| 8. FAUNA NOCIVA | |
|--|---|
| Escribe los tres principales tipos de fauna nociva que hay en la comunidad | Moquitos Ácaros Alacranes Arañas Chinches Cucarachas Garrapatas Gatos callejeros Perros callejeros Moscas Piojos Ratas Ratones Vinchucas (chinches besucona) Otros. _____ |
| 1.- | |
| 2.- | |
| 3.- | |
| Número de centros antirrábicos en la localidad (MUNICIPIO) | |

| |
|--|
| 9. A continuación describa los problemas de salud identificados por el Comité Local de Salud, no enlistados anteriormente |
| |



Diagnóstico Local de Salud

Nombre y firma de los responsables de su elaboración:

Presidente del Comité Local de Salud

Responsable de la Unidad de Salud

Coordinador de Promoción de la Salud a nivel jurisdiccional

Fecha de su elaboración

2 PUNTAJE PARA LA PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD LOCAL

| ASPECTO | PUNTAJE | | |
|---|---|--|---|
| FRECUENCIA | MUY FRECUENTE 2 PUNTOS | MEDIANAMENTE FRECUENTE 1 PUNTO | POCO FRECUENTE 0 PUNTOS |
| GRAVEDAD | MUY GRAVE 2 PUNTOS | MEDIANAMENTE GRAVE 1 PUNTO | POCO GRAVE 0 PUNTOS |
| POSIBILIDAD DE SOLUCIÓN | FÁCIL 2 PUNTOS | MEDIANAMENTE FÁCIL 1 PUNTO | DIFÍCIL 0 PUNTOS |
| RECURSOS PARA SU SOLUCIÓN | EXISTEN RECURSOS EN LA LOCALIDAD 2 PUNTOS | POSIBILIDAD DE OBTENER RECURSOS EN LA LOCALIDAD 1 PUNTO | RECURSOS NO EXISTENTES A NIVEL LOCAL 0 PUNTOS |
| DISPOSICIÓN DE LOS PARTICIPANTES PARA SU SOLUCIÓN | BUENA 2 PUNTOS | POCA 1 PUNTO | NULA 0 PUNTOS |



Plan de Trabajo Participativo

| Datos de identificación | | | |
|-------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Estado | Jurisdicción Sanitaria | Municipio | Localidad |
| | | | |
| Clave del estado | No. de la Jurisdicción Sanitaria | Código del Municipio | Clave de la Localidad |
| | | | CLUES |

| Problema Priorizado | Objetivo | Actividad | Responsable | Fecha | | Metas |
|--|----------|-----------|-------------|--|---------|-------|
| | | | | Inicio | Término | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Nombre y firma del Presidente del CLS | | | | Nombre y firma del Responsable de la Unidad de Salud | | |
| Nombre y firma del Coordinador de Promoción de la Salud en la Jurisdicción Sanitaria | | | | | | |

Minuta de trabajo del Comité Local de Salud

| Estado | Jurisdicción Sanitaria | Municipio | Localidad | Unidad de Salud |
|------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|
| Clave del estado | No. de la Jurisdicción Sanitaria | Código del Municipio | Clave de la Localidad | CLUES |

Siendo las __:__ horas, del día ____ del año ____ en las instalaciones de _____ se lleva a cabo la reunión de trabajo del Comité Local de Salud, con el objeto de _____

Desarrollo de la reunión.

1. Bienvenida
2. Tema 1 _____
3. Tema 2 _____
4. Tema 3 _____

| Acuerdos | Compromisos | Tiempo de cumplimiento | Responsable |
|----------|-------------|------------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Nombre y cargo
Presidente

Nombre y cargo
Secretario

Nombre y cargo
Vocal 1

Nombre y cargo
Vocal 2

Nombre y cargo
Vocal 3

Nombre y cargo del personal de la Unidad de Salud

Nombre y cargo
Invitado

Nombre y cargo
Invitado

Minuta de trabajo del Comité Local de Salud

| Estado | Jurisdicción Sanitaria | Municipio | Localidad | Unidad de Salud |
|------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|
| Clave del estado | No. de la Jurisdicción Sanitaria | Código del Municipio | Clave de la Localidad | CLUES |

Siendo las __:__ horas, del día ____ del año ____ en las instalaciones de _____ se lleva a cabo la reunión de trabajo del Comité Local de Salud, con el objeto de _____

Desarrollo de la reunión.

1. Bienvenida
2. Tema 1 _____
3. Tema 2 _____
4. Tema 3 _____

| Acuerdos | Compromisos | Tiempo de cumplimiento | Responsable |
|----------|-------------|------------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Nombre y cargo
Presidente

Nombre y cargo
Secretario

Nombre y cargo
Vocal 1

Nombre y cargo
Vocal 2

Nombre y cargo
Vocal 3

Nombre y cargo del personal de la Unidad de Salud

Nombre y cargo
Invitado

Nombre y cargo
Invitado

Cédula para la certificación de una comunidad Promotora de la Salud

| | | |
|---------------------|-----------------------|-------------------------|
| Entidad Federativa: | Municipio/Delegación: | Jurisdicción Sanitaria: |
| Localidad: | Clave INEGI: | Población: |
| Unidad de Salud: | No. CLUES: | Fecha: |

| Etapa | Intervención | Evidencia | Puntaje Establecido | Puntaje de cumplimiento |
|---|---|--|---------------------|-------------------------|
| Iniciada en el proceso de certificación | 1. Instalación del Comité Local de Salud (CLS) | Acta de conformación del Comité Local de Salud | 5 | |
| | 2. Elaboración del Diagnóstico Local de Salud con la priorización de la problemática encontrada | Diagnóstico Local de Salud | 5 | |
| | 3. Elaboración del Plan del Trabajo Participativo | Plan de Trabajo Participativo | 5 | |
| Total | | | 15 | |

| Etapa | Intervención | Evidencia | Puntaje Establecido | Puntaje de cumplimiento |
|-------------------------------------|---|--|---------------------|-------------------------|
| Orientada en temas de Salud Pública | 4. Capacitación al personal de la Unidad de Salud | Formato SIS-SS-ORG-COM-CAP | 4 | |
| | 5. Capacitación a los integrantes del Comité Local de Salud | Formato SIS-SS-ORG-COM-CAP | 4 | |
| | 6. Capacitación de Agentes de Salud | Evaluación final satisfactoria Formato SIS-SS-ORG-COM-CAP | 10 | |
| | 7. Capacitación a Procuradoras (es) de Salud | Evaluación final satisfactoria Formato SIS-SS-ORG-COM-CAP | 7 | |
| Total | | | 25 | |

| Etapa | Intervención | Evidencia | Puntaje Establecido | Puntaje de cumplimiento |
|--|---|--|--|-------------------------|
| Activa en el manejo de los determinantes de la salud | 8. Realización de sesiones del Comité Local de Salud para dar seguimiento al Plan de Trabajo Participativo en ejecución | Minutas de las sesiones del Comité Local de Salud | 6 | |
| | 9. Modificación Favorable de los Entornos | Cédulas de certificación de los entornos presentes en la comunidad | | |
| | | a. Vivienda | Total de Viviendas existentes Total de Viviendas certificadas como saludables % de cobertura $\geq 80\%$ | 6 |

Cédula para la certificación de una comunidad Promotora de la Salud

| Etapa | Intervención | Evidencia | Puntaje Establecido | Puntaje de cumplimiento | | |
|--|--|---|--|--------------------------------|--|----------------------|
| | | b. Escuela | 4 | | | |
| | | Total de escuelas de nivel básico existentes | | | Total de escuelas certificadas como saludables | % de cobertura 100 % |
| | | | | | | |
| | | c. Sitios de Trabajo | 4 | | | |
| | | Total de sitios de trabajo existentes | | | Total de sitios de trabajo certificados | % de cobertura 100 % |
| | | | | | | |
| | | d. Espacios de recreación | 4 | | | |
| | | Total de espacios de recreación | | | Total de espacios de recreación certificados | % de cobertura 100 % |
| | | | | | | |
| | 10. Manejo adecuado de los determinantes de salud cruciales en la comunidad: | | Grupos de población con orientación alimentaria y que realiza ejercicios para el cuidado de su salud | 5 | | |
| | | | Nombre del Grupo | | | No. de integrantes |
| | | | | | | |
| Cobertura de la red de agua entubada y/o con agua con calidad bacteriológica para consumo humano | | | 5 | | | |
| Total de Viviendas existentes | | | | | Total de Viviendas con agua | % de cobertura |
| | | | | | | |
| Cobertura de recolección de basura | | | 5 | | | |
| Total de Viviendas existentes | Total de Viviendas con recolección de basura | % de cobertura | | | | |
| | | | | | | |
| Cobertura de drenaje y/o manejo adecuado de excretas | 5 | | | | | |
| Total de Viviendas existentes | | | Total de Viviendas con drenaje y/o manejo adecuado de excretas | % de cobertura | | |
| | | | | | | |
| 11. Coopera activamente con los diferentes Programas de Acción de Salud Pública | | | | | | |
| Unidad/Órgano desconcentrado | Programa | Indicador | Puntaje establecido | Puntaje de cumplimiento | Aval del programa | |
| Centro Nacional para la Infancia y la Adolescencia | Vacunación Universal | Cobertura de vacunación con esquema completo en niños de 1 año de edad. Valor esperado: ≥ 90 % | 3 | | | |
| Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. | Salud Materna y Perinatal | Razón de Mortalidad Materna. Valor esperado: 35 | 3 | | | |

Cédula para la certificación de una comunidad Promotora de la Salud

| Unidad/Órgano desconcentrado | Programa | Indicador | Puntaje establecido | Puntaje de cumplimiento | Aval del programa |
|--|--|---|---------------------|-------------------------|-------------------|
| Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades | Dengue, Paludismo, Chikungunya, Zika | Eliminación de criaderos y hábitats del vector. Valor esperado: 100% | 2 | | |
| | Enfermedades Crónicas | Formación de Grupos de Ayuda Mutua de Enfermedades Crónicas en el SNS. Valor esperado: 1 grupo | 2 | | |
| Dirección General de Promoción de la Salud | Promoción de la Salud y Determinantes Sociales | Porcentaje de consultas otorgadas en los SESA, en las que la población usuaria presenta la CNS. Valor esperado: 57.2% | 2 | | |
| Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental | Salud Mental | Porcentaje de unidades de primer nivel que implementaron acciones continuas y permanentes de promoción de la salud. Valor esperado: 100% | 2 | | |
| Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes | Prevención de Accidentes | Porcentaje de Procuradoras (es) de Salud que recibió información sobre prevención de accidentes en la comunidad. Valor esperado: 80 % | 2 | | |
| Total | | | | 60 | |

| Etapa | | Puntaje Establecido | Puntaje de cumplimiento |
|-----------------------------------|---|---------------------|-------------------------|
| Certificada como saludable | Iniciada en el proceso de certificación | 15 | |
| | Orientada en temas de Salud Pública | 25 | |
| | Activa en el manejo de los determinantes de la salud | 60 | |
| | Certificada como saludable | Total | 100 |

A los ___ días del mes _____ del año _____, firman al margen y al calce la presente los representantes de los Servicios de Salud y de los Comités que participan en dicho proceso de Certificación que ha alcanzado como mínimo el 95 % de los requisitos señalados.

Titular de Promoción de la Salud

Presidente del Comité Estatal de Comunidades Saludables

Jefe de la Jurisdicción Sanitaria

Presidente del Comité Municipal de Salud

Coordinador Jurisdiccional de Promoción de la Salud

Presidente del Comité Local de Salud

| PROGRAMA DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES CÉDULA DE CERTIFICACIÓN DE ESPACIOS DE RECREACIÓN COMO FAVORABLES A LA SALUD | | | | | |
|--|------------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Entidad: | | Jurisdicción Sanitaria: | | Municipio: | |
| Localidad: | | Unidad de Salud: | | CLUES: | |
| Nombre del Entorno: | | | Dirección: | | |
| Fecha de Certificación: __/__/____ dd/mm/aaaa | | | Población de la localidad: | Población beneficiada: | |
| No. | Criterio | Ítem | Ponderación | Puntaje obtenido | Total por criterio |
| 1 | Ubicación | Localizado en zona segura. | 1 punto | | |
| | | Lejano a fuentes de contaminación. | 1 punto | | |
| Puntaje mínimo para certificar: 0 puntos | | | | | |
| 2 | Infraestructura | El material de las instalaciones y equipo son de baja toxicidad y reciclables. | 3 puntos | | |
| | | Las instalaciones son adecuadas para la realización de actividades física, recreativas, culturales y de convivencia. | 3 puntos | | |
| | | Facilita el acceso a personas con discapacidad. | 3 puntos | | |
| | | Cuenta con señalamientos que permiten conocer las diferentes áreas, rutas y el reglamento interno para el uso del espacio. | 1 punto | | |
| | | Iluminación artificial. | 1 punto | | |
| Puntaje mínimo para certificar: 9 puntos | | | | | |
| 3 | Mantenimiento y Aseo General | Mantenimiento y reparación a las instalaciones y equipos. | 2 puntos | | |
| | | Limpieza de las instalaciones y equipamientos. | 2 puntos | | |
| | | Desyerbado, chapeo, corte de maleza. | 2 puntos | | |
| | | Los sanitarios están limpios (si existen en la instalación). | 2 puntos | | |
| Puntaje mínimo para certificar: 8 puntos | | | | | |

| No. | Criterio | Ítem | Ponderación | Puntaje obtenido | Total por criterio |
|---|---|---|-------------|------------------|--------------------|
| 4 | Manejo de residuos sólidos | Cuenta con contenedores para residuos sólidos orgánicos e inorgánicos. | 2 puntos | | |
| | | La recolección de residuos sólidos se realiza de tal manera que los contenedores no rebasan su capacidad. | 2 puntos | | |
| | | Se fomenta la cultura de las tres "R's". | 1 punto | | |
| Puntaje mínimo para certificar: 4 puntos | | | | | |
| 5 | Control de fauna nociva y espacios con criaderos controlados | Se realiza el control y en su caso la eliminación de plagas y fauna nociva. | 2 puntos | | |
| | | Se cumplen con acciones para el control de criaderos. | 2 puntos | | |
| Puntaje mínimo para certificar: 4 puntos | | | | | |
| 6 | Información en salud | Se tiene a la vista información que promueve estilos de vida saludable. | 2 puntos | | |
| | | Se fomenta la cultura del dueño responsable. | 2 puntos | | |
| | | Se tienen a la vista la prohibición del consumo de tabaco. | 2 puntos | | |
| Puntaje mínimo para certificar: 6 puntos | | | | | |
| 7 | Participación comunitaria | La población participa en actividades que promueven estilos de vida saludables. | 2 puntos | | |
| | | Se realizan ferias de salud. | 1 punto | | |
| Puntaje mínimo para certificar: 2 puntos | | | | | |
| 8 | Plan de protección civil | Cuenta con plan de protección civil. | 2 puntos | | |
| | | Números telefónicos de emergencia visibles. | 2 puntos | | |
| | | Cuenta con botiquín de primeros auxilios. | 1 punto | | |
| Puntaje mínimo para certificar: 4 puntos | | | | | |
| 9 | Venta de alimentos | Los alimentos que se ofertan son productos saludables, limpios y con buen manejo. | 2 puntos | | |
| | | Los expendedores de comida están limpios en su persona y ropa. | 2 puntos | | |
| | | Se realiza el manejo adecuado de dinero. | 2 puntos | | |
| Puntaje mínimo para certificar: 6 puntos | | | | | |

Evaluación final para la certificación del espacio de recreación favorable a la salud

| Criterio | Puntaje mínimo para certificar | Puntaje obtenido para certificación |
|--|---------------------------------------|--|
| Ubicación | 0 | |
| Infraestructura | 9 | |
| Mantenimiento y Aseo General | 8 | |
| Manejo de residuos sólidos | 4 | |
| Control de fauna nociva y espacios con criaderos controlados | 4 | |
| Información en salud | 6 | |
| Participación Comunitaria | 2 | |
| Plan de protección civil | 4 | |
| Venta de alimentos | 6 | |
| Total | 43 | |

*Si el espacio de recreación no cumple con el puntaje mínimo para cada criterio, no será certificada

| | |
|---|--|
| Presidente Municipal o su representante (Nombre y Firma) | Responsable del Programa de Entornos y Comunidades Saludables del Estado (Nombre y Firma) |
| Coordinador Jurisdiccional de Promoción de la Salud (Nombre y Firma) | Representante del Grupo de Certificación de Espacios de Recreación Favorables a la Salud (Nombre y Firma) |
| Personal de la Unidad de Salud (Nombre y Firma) | Sello Jurisdiccional y de la Unidad de Salud |

2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

Control de Mantenimiento y Aseo General

| PROGRAMA DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES | | | | |
|---|-------|--------------------------------|-------------------|---|
| Cronograma de Actividades | | | | |
| Control de Mantenimiento y Aseo General | | | | |
| Entidad: | | Jurisdicción Sanitaria: | | Municipio |
| Localidad: | | Unidad de Salud: | | CLUES: |
| Nombre del Entorno: | | | Dirección: | |
| ACTIVIDAD | FECHA | NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE | OBSERVACIONES | RECOMENDACIÓN |
| Mantenimiento preventivo | | | | Cada que se requiera conservar en buen estado |
| | | | | |
| | | | | |
| Mantenimiento por reparación | | | | Cada que presenten descomposturas |
| | | | | |
| | | | | |
| Aseo General: Barrer, Trapear, Lavar | | | | Una vez al mes |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|--|--------------|---------------------------------------|----------------------|------------------------------|
| Aseo General: Desyerbado, Chapeo, Corte de Ramas y Maleza | | | | Una vez al mes |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ACTIVIDAD | FECHA | NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE | OBSERVACIONES | RECOMENDACIÓN |
| Limpieza de Sanitarios | | | | Mínimo una vez al día |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Manejo de Residuos Sólidos

| PROGRAMA DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES | | | | |
|---|-------|--------------------------------|---------------|--|
| Manejo de Residuos Sólidos | | | | |
| Entidad: | | Jurisdicción Sanitaria: | | Municipio |
| Localidad: | | Unidad de Salud: | | CLUES: |
| Nombre del Entorno: | | | Dirección: | |
| ACTIVIDAD | FECHA | NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE | OBSERVACIONES | RECOMENDACIÓN |
| Recolección de Residuos Sólidos | | | | Diariamente o antes de que rebase la capacidad de los contenedores |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Control de Criaderos y Fauna Nociva

| PROGRAMA DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES | | | | |
|--|-------|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| Control de Criaderos y Fauna Nociva | | | | |
| Entidad: | | Jurisdicción Sanitaria: | | Municipio: |
| Localidad: | | Unidad de Salud: | | CLUES: |
| Nombre del Entorno: | | | Dirección: | |
| ACTIVIDAD | FECHA | NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE | OBSERVACIONES | RECOMENDACIÓN |
| Inspección para detectar condiciones de saneamiento | | | | Cada tres meses |
| | | | | |
| | | | | |
| Inspección para detectar nidos, madrigueras, criaderos | | | | Cada tres meses |
| | | | | |
| | | | | |
| Inspección para detectar fauna nociva | | | | Cada tres meses |
| | | | | |
| | | | | |
| Acciones de Lava, Tapa, Voltea y Tira | | | | Semanal |
| | | | | |
| | | | | |
| Acciones de Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada | | | | Cada tres meses |
| | | | | |
| | | | | |

3. PLAN DE PROTECCIÓN CIVIL

| PROGRAMA DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES PLAN DE PROTECCIÓN CIVIL EN ESPACIOS DE RECREACIÓN COMO FAVORABLES A LA SALUD | | |
|--|---|---------------------------|
| Entidad federativa: | | |
| Jurisdicción Sanitaria: | Municipio: | Localidad: |
| Nombre del Entorno: | Dirección: | |
| Actividad | Descripción | Cumple con el ítem |
| 1.- Identificación y reconocimiento de los riesgos significativos a la salud. | Conoce cuáles son los puntos de riesgo del lugar ante un desastre y los tiene identificados en el croquis del punto 2. | |
| 2.- Señalar zonas de menor y mayor riesgo, sitios de reunión y ruta de evacuación. | Croquis del espacio, en un lugar visible y accesible al público, donde se señale: zonas de menor riesgo, zonas de mayor riesgo, puntos de reunión y ruta de evacuación. | |
| 3.- Números de los teléfonos de emergencia a la vista del público. | Listado con los números de emergencia: de ambulancias, bomberos, cruz roja, policía, número de emergencia local, número para reportar fugas de agua o gas y número de la unidad de salud. | |
| Nombre y Firma del Responsable de Protección Civil del lugar: | | |
| Vo. Bo. Protección civil del municipio: | | |

| PROGRAMA DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES | | | | | |
|---|---|--|---|--|--------------------------|
| CÉDULA DE CERTIFICACIÓN DE SITIOS DE TRABAJO FAVORABLES A LA SALUD | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN | | | | | |
| Entidad: | | Jurisdicción Sanitaria: | | Municipio: | |
| Localidad: | | Clave INEGI: | Unidad de Salud: | | CLUES: |
| Nombre del sitio de trabajo: | | | Dirección: | | |
| Sector: a) Industria: ____ b) Comercio: ____ c) Servicio: ____ | | | Número de trabajadores: | Fecha de certificación dd/mm/aaaa: | |
| Instrucciones: Antes de comenzar la evaluación favor de revisar el instructivo que se encuentra al finalizar la cédula | | | | | |
| CRITERIOS A EVALUAR: | | | | | |
| No. | Criterio | Ítems | Ponderación | | |
| | | | Ponderación | Puntaje obtenido | Total de puntos por ítem |
| 1 | Ubicación del Sitio de trabajo | El sitio de trabajo se encuentra en un lugar seguro El sitio de trabajo no pone en riesgo a los trabajadores, está alejado de zonas de riesgo y de fuentes de contaminación. | 2 puntos. | | |
| | | Distribución de Áreas La ubicación de las áreas de trabajo es segura, alejadas de exposición a contaminantes, el material y equipo son almacenados ordenadamente y lejos del alcance de personal ajeno a su manejo. | 1 punto. | | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 2 puntos | | |
| 2 | Condiciones físicas del sitio de trabajo | Señales informativas El sitio de trabajo cuenta con señalamientos que permitan conocer las diferentes áreas, rutas y señalizaciones: (Rutas de evacuación en el sentido requerido, salidas de emergencia, ubicación de equipo de comunicación de emergencia, módulos de información, puestos de vigilancia). | 2 puntos. | | |
| | | Identificación de condiciones seguras En el sitio de trabajo se facilita la ubicación de puntos de reunión, zonas de seguridad, espacios o servicios accesibles para personas con discapacidad. | 2 puntos. | | |
| | | Iluminación El sitio de trabajo cuenta con adecuada iluminación dependiendo a las necesidades de cada área de trabajo. | 2 puntos. | | |
| | | Ventilación El sitio de trabajo cuenta con ventilación (ventanas, cancelas, tragaluces, etc.) que permitan la entrada de aire. | 2 puntos. | | |
| | | Libre de humo de tabaco Está prohibido fumar dentro del sitio de trabajo y se cuenta con señalamientos de prohibición. | 2 puntos. | | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 8 puntos | | |
| 3 | Agua potable Cobertura de la Red de agua entubada y/o con agua con calidad bacteriológica para consumo humano | Agua potable entubada El sitio de trabajo cuenta con agua potable entubada. | 2 puntos. | | |
| | | Consumo de agua potable En el sitio de trabajo se dispone de agua potable para el consumo de los trabajadores. | 2 puntos. | | |
| | | Almacenamiento de agua Los espacios donde almacenan el agua (tinacos, cisternas,) se encuentran tapados y alejados de contaminantes. | 2 puntos. | | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 6 puntos | | |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| 4 | Residuos sólidos Cobertura de recolección de basura | Contenedores El sitio de trabajo cuenta con área de contenedores para recolectar la basura y estos se encuentran tapados y alejados de las áreas de trabajo. | 2 puntos. | | |
| | | Recolección La recolección de basura se realiza de tal manera que los contenedores no rebasan su capacidad, separando la basura en orgánica e Inorgánica. | 2 puntos. | | |
| | | Disposición y manejo El sitio de trabajo cuenta con sistema de recolección de basura. | 2 puntos. | | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 6 puntos | | |
| 5 | Drenaje Cobertura de drenaje y/o manejo adecuado de excretas | Drenaje El sitio de trabajo cuenta con sistema de drenaje en correcto funcionamiento. | 2 puntos. | | |
| | | Baños El sitio de trabajo cuenta con baños limpios y ventilados, con sistemas higiénicos de lavabos, excusados y/o mingitorios dotados de agua corriente conectados al drenaje. | 2 puntos. | | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 4 puntos | | |
| 6 | Higiene y vectores | Higiene Las diferentes áreas del sitio de trabajo se encuentran limpias y ordenadas. | 2 puntos. | | |
| | | Limpieza en el exterior Los alrededores del sitio de trabajo (calles, banquetas, estacionamientos, zonas de carga y descarga, etc.) se encuentran desyerbados y sin acumulación de basura y polvo. | 2 puntos. | | |
| | | Higiene personal El sitio de trabajo promueve el aseo personal, lavado correcto de manos e higiene bucal de sus trabajadores por medio de carteles o letreros alusivos. | 2 puntos. | | |
| | | Higiene de los Alimentos En caso de existir comedor o área de alimentos, el lugar destinado es limpio y está alejado de contaminantes. | 1 punto. | | |
| | | Libre de vectores Se promueven acciones de limpieza para que el sitio de trabajo se encuentre libre de cucarachas, pulgas, mosquitos, moscas, alacranes, chinches, entre otros vectores. | 2 puntos. | | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 8 puntos | | |
| 7 | Información en Salud | Cartilla Nacional de Salud En el sitio de trabajo se promueve el uso de la cartilla Nacional de Salud, así como las acciones de Promoción de Salud que contiene por medio de letreros o carteles alusivos. | 2 puntos. | | |
| | | Alimentación y agua potable En el sitio de trabajo se promueve la alimentación correcta y el consumo de agua potable así como sus beneficios, por medio de carteles o letreros alusivos. | 2 puntos. | | |
| | | Actividad Física En el sitio de trabajo se promueve la actividad física por medio de carteles o letreros alusivos. | 2 puntos. | | |
| | | Psicosocial En el sitio de trabajo se promueve el desarrollo de habilidades para la vida, la cooperación, participación o trabajo en equipo por medio de carteles o letreros alusivos. | 2 puntos. | | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 8 puntos | | |

EVALUACION FINAL PARA LA CERTIFICACION DEL SITIO DE TRABAJO FAVORABLE A SALUD

| No. | Criterio | Puntaje mínimo para certificar | Puntaje obtenido para certificación |
|-----|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | Ubicación del sitio de trabajo | 2 | |
| 2 | Condiciones físicas del sitio de trabajo | 8 | |
| 3 | Agua potable | 6 | |
| 4 | Residuos Sólidos | 6 | |
| 5 | Manejo adecuado de excretas | 4 | |
| 6 | Higiene y vectores | 8 | |
| 7 | Información en salud | 8 | |
| | Total | 42 | |

*Si el sitio de trabajo no cumple con el puntaje mínimo para certificar para cada criterio, no será certificado.

FIRMAS DE COTEJO

Presidente Municipal o Regidor de Salud
(Nombre y Firma)

Personal de la Unidad de Salud
(Nombre y Firma)

Coordinador Jurisdiccional de Promoción de la Salud
(Nombre y Firma)

Responsable del Programa de Entornos y Comunidades Saludables del Estado
(Nombre y Firma)

Representante del Sitio de Trabajo o de la Comisión de Seguridad e Higiene
(Nombre y Firma)

Sello Jurisdiccional y de la Unidad de Salud

PROGRAMA DE ENTORNOS Y COMUNIDADES SALUDABLES
CÉDULA DE CERTIFICACIÓN DE MERCADO PROMOTOR DE LA SALUD

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|---------------|--|
| Entidad: | Jurisdicción Sanitaria: | Municipio: | | |
| Localidad: | Clave INEGI: | Unidad de Salud: | CLUES: | |
| Nombre del mercado: | | Dirección: | | |
| Número de locales o puestos en el mercado: | | Fecha de certificación dd/mm/aaaa: | | |

Instrucciones: Antes de comenzar la evaluación favor de revisar el instructivo que se encuentra al finalizar la cédula.

CRITERIOS A EVALUAR:

| No. | Criterio | Ítems | Ponderación | | |
|-----|--|---|---|------------------|--------------------------|
| | | | Ponderación | Puntaje obtenido | Total de puntos por ítem |
| 1 | Ubicación del Mercado | El mercado se encuentra en un lugar seguro El mercado no pone en riesgo a los usuarios, está alejado de zonas de riesgo y de fuentes de contaminación. | 2 puntos. | | |
| | | Distribución de Áreas La ubicación de las áreas están distribuidas de acuerdo a los giros de venta establecidos, alejadas de exposición a contaminantes y zonas de riesgo. | 1 punto. | | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 2 puntos | | |
| 2 | Condiciones físicas del Mercado | Señales informativas El mercado cuenta con señalamientos que permitan conocer las diferentes áreas, rutas y señalizaciones: (Rutas de evacuación en el sentido requerido, salidas de emergencia, ubicación de equipo de comunicación de emergencia, módulos de información, puestos de vigilancia). | 2 puntos. | | |
| | | Identificación de condiciones seguras En el mercado se facilita la ubicación de puntos de reunión, zonas de seguridad, espacios o servicios accesibles para personas con discapacidad. | 2 puntos. | | |
| | | Iluminación El mercado y los locales cuentan con adecuada iluminación (focos o lámparas) dentro y fuera del mismo. | 2 puntos. | | |
| | | Ventilación El mercado cuenta con ventilación (ventanas, cancelas, tragaluces, etc.) que permitan la entrada de aire. | 2 puntos. | | |
| | | Libre de humo de tabaco Está prohibido fumar dentro del mercado y se cuenta con señalamientos de prohibición. | 2 puntos. | | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 8 puntos | | |
| 3 | Agua potable Cobertura de la Red de agua entubada y/o con agua con calidad bacteriológica para consumo humano | Agua potable entubada El mercado cuenta con agua potable entubada. | 2 puntos. | | |
| | | Consumo de agua potable En el mercado se promueve el consumo de agua potable por medio de letreros o carteles alusivos a los beneficios del consumo de agua potable. | 2 puntos. | | |
| | | Almacenamiento de agua En el mercado los espacios (tinacos, cisternas, tambos) o recipientes (cubetas, botes, tinas) donde almacenan el agua se encuentran tapados y alejados de contaminantes. | 2 puntos. | | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 6 puntos | | |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| 4 | Residuos sólidos Cobertura de recolección de basura | Contenedores Cuenta con área de contenedores para recolectar la basura y estos se encuentran tapados y alejados de las áreas donde se venden alimentos para el consumo humano. | 2 puntos. | |
| | | Recolección La recolección de basura se realiza de tal manera que los contenedores no rebasan su capacidad, separando la basura en orgánica e Inorgánica. | 2 puntos. | |
| | | Disposición y manejo Cuenta con sistema de recolección de basura por parte del municipio. | 2 puntos. | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 6 puntos | |
| 5 | Drenaje Cobertura de drenaje y/o manejo adecuado de excretas | Drenaje El mercado cuenta con sistema de drenaje en correcto funcionamiento. | 2 puntos. | |
| | | Baños El mercado cuenta con baños limpios y ventilados, con sistemas higiénicos de lavabos, excusados y/o mingitorios dotados de agua corriente conectados al drenaje. | 2 puntos. | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 4 puntos | |
| 6 | Higiene y vectores | Higiene El mercado y los locales o puestos se encuentran limpios y ordenados, | 2 puntos. | |
| | | Limpieza en el exterior Los alrededores del mercado (calles, banquetas, estacionamientos, zonas de carga y descarga) se encuentran desyerbados y sin acumulación de basura y polvo. | 2 puntos. | |
| | | Lavado de manos Se promueve el adecuado lavado de manos por medio de carteles o letreros alusivos en las diferentes áreas del mercado. | 2 puntos. | |
| | | Higiene de los Alimentos En las áreas de alimentos, el lugar es limpio y está alejado de contaminantes. | 2 puntos. | |
| | | Libre de vectores En el mercado se promueven acciones de limpieza para que el mercado se encuentre libre de cucarachas, pulgas, mosquitos, moscas, alacranes, chinches, entre otros vectores. | 2 puntos. | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 10 puntos | |
| 7 | Información en Salud | Cartilla Nacional de Salud En el mercado se promueve el uso de la cartilla Nacional de Salud, así como las acciones de Promoción de Salud que contiene por medio de letreros o carteles alusivos. | 2 puntos. | |
| | | Alimentación En el mercado se promueve la alimentación correcta por medio de carteles o letreros alusivos. | 2 puntos. | |
| | | Actividad Física En el mercado se promueve la actividad física por medio de carteles o letreros alusivos | 2 puntos. | |
| | | Psicosocial En el mercado se promueve el desarrollo de habilidades para la vida, la cooperación, participación o trabajo en equipo por medio de carteles o letreros alusivos. | 2 puntos. | |
| | | | Puntaje mínimo para certificar: 8 puntos | |

EVALUACIÓN FINAL PARA LA CERTIFICACIÓN DEL MERCADO PROMOTOR DE LA SALUD

| No. | Criterio | Puntaje mínimo para certificar | Puntaje obtenido para certificación |
|-----|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | Ubicación del mercado | 2 | |
| 2 | Condiciones físicas del mercado | 8 | |
| 3 | Agua potable | 6 | |
| 4 | Residuos Sólidos | 6 | |
| 5 | Manejo adecuado de excretas | 4 | |
| 6 | Higiene y vectores | 10 | |
| 7 | Información en salud | 8 | |
| | Total | 44 | |

*Si el mercado no cumple con el puntaje mínimo para certificar para cada criterio, no será certificado.

FIRMAS DE COTEJO

Presidente Municipal o Regidor de Salud
(Nombre y Firma)

Personal de la Unidad de Salud
(Nombre y Firma)

Coordinador Jurisdiccional de Promoción de la Salud
(Nombre y Firma)

Responsable del Programa de Entornos y Comunidades Saludables del Estado
(Nombre y Firma)

Representante de Comerciantes o Locatarios del mercado
(Nombre y Firma)

Sello Jurisdiccional y de la Unidad de Salud

